



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Кафедра фармакологии и клинической фармакологии им. проф. И.В. Комиссарова

Рациональная антибиотикотерапия при внебольничной пневмонии у взрослых на амбулаторном этапе

(по данным клинических рекомендаций МЗ РФ)

Подготовили:

к.мед.н., доцент Галаева Я.Ю.

к.мед.н., доцент Твердохлеб Т.А.

к.мед.н., ассистент Коровка И.А.

Клинические рекомендации

Внебольничная пневмония у взрослых

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:

J13-J16, J18


Год утверждения (частота пересмотра):

2021

Возрастная категория: **Взрослые**

Пересмотр не позднее:

2023 ID:654



**Разработчик клинической
рекомендации
Российское респираторное
общество**

**Межрегиональная ассоциация по
клинической микробиологии и
антимикробной химиотерапии**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

- **Пневмонии** - группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике **острых инфекционных** (преимущественно **бактериальных**) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием **внутриальвеолярной экссудации**
- **Внебольничной** считают пневмонию, развившуюся вне стационара, либо диагностированную **в первые 48 ч с момента госпитализации.**

Критерии установления диагноза/состояния:

- Диагноз ВП является определенным при наличии у пациента рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани и, по крайней мере, двух клинических симптомов и признаков из числа следующих:
- остро возникшая **лихорадка** в начале заболевания ($t > 38,0^{\circ}\text{C}$);
- **кашель** с мокротой;
- физические признаки (**фокус крепитации/мелкопузырчатых хрипов, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука**);
- лейкоцитоз $> 10 \times 10^9/\text{л}$ и/или палочкоядерный сдвиг ($> 10\%$).

Группа	Наиболее частые возбудители
Нетяжелая ВП у пациентов, не принимавших за без сопутствующих заболеваний 1 последние 3 мес АБП системного действия ≥ 2 дней и не имеющих других факторов риска 2	<p>S. pneumoniae M. pneumoniae C. pneumoniae H. influenzae Респираторные вирусы</p>
Нетяжелая ВП у пациентов с сопутствующими заболеваниями 1 и/или принимавшими за последние 3 мес АБП системного действия ≥ 2 дней и/или имеющих другие факторы риска 2	<p>S. pneumoniae H. influenzae C. pneumoniae S. aureus Enterobacterales Респираторные вирусы</p>

1 ХОБЛ, СД, ХСН, ХБП, цирроз печени, алкоголизм, наркомания, истощение

2 К факторам риска инфицирования редкими и/или полирезистентными возбудителями относят пребывание в доме престарелых или других учреждениях длительного ухода, наличие госпитализаций по любому поводу в течение ≥ 2 суток в предшествующие 90 дней, в/в терапия, наличие сеансов диализа или лечение ран в домашних условиях в предшествующие 30 дней.

В районах с высоким (>25%) уровнем устойчивости S. pneumoniae к макролидам (определяется по эритромицину) следует рассмотреть возможность применения РХ.

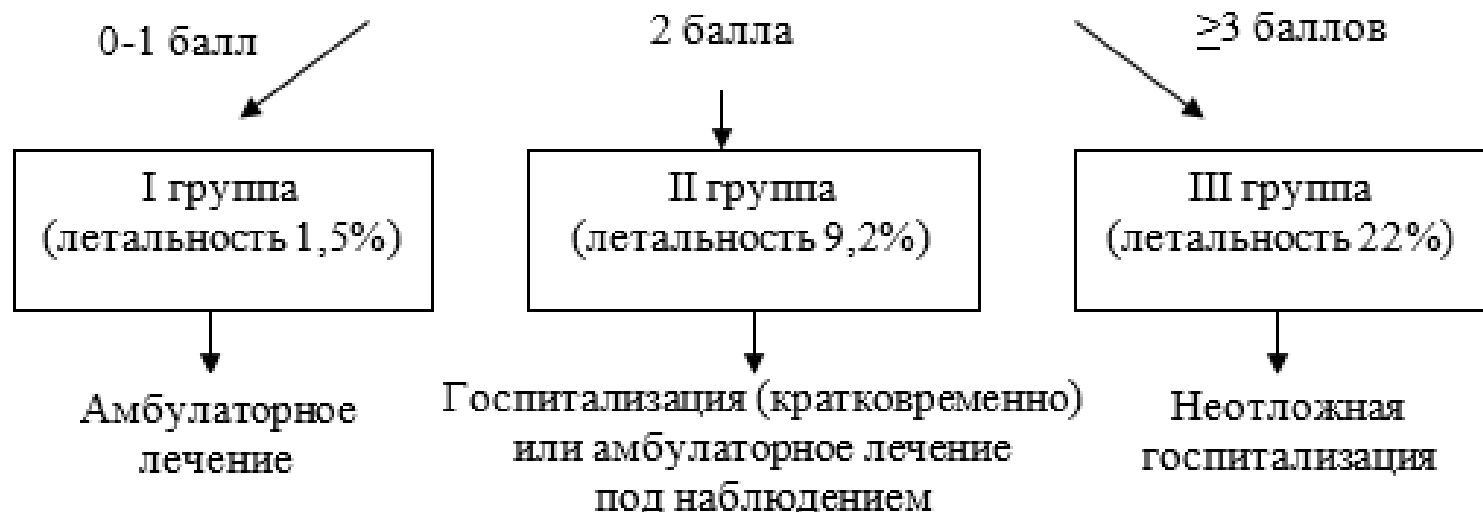
При известной или предполагаемой микоплазменной этиологии в района РХ или доксициклинах с высоким (>25%) уровнем устойчивости M. pneumoniae к макролидам следует рассмотреть возможность применения **.

РХ – респираторный фторхинолон

Алгоритм оценки риска неблагоприятного прогноза и выбора места лечения при ВП по шкале CURB-65

Симптомы и признаки:

- Нарушение сознания (C)
- Азот мочевины крови > 7 ммоль/л (U)
- ЧДД ≥ 30 /мин (R)
- Систолическое АД < 90 или диастолическое АД ≤ 60 мм рт. ст. (B)
- Возраст ≥ 65 лет (65)



Ключ (интерпретация): подход оценки риска неблагоприятного исхода при ВП, предполагающий анализ пяти признаков:

- нарушение сознания, обусловленное пневмонией;
- повышение уровня азота мочевины > 7 ммоль/л (только для шкалы CURB-65);
- тахипноэ ≥ 30/мин;
- снижение систолического артериального давления (АД) < 90 мм рт. ст. или диастолического ≤ 60 мм рт. ст.;
- возраст пациента ≥ 65 лет.
- Наличие каждого признака оценивается в 1 балл. Общая сумма может варьировать от 0 до 5 баллов, причем риск летального исхода возрастает по мере увеличения общей суммы
- Пояснения: Шкалы CURB/CRB-65 имеют высокую значимость при оценке риска летального исхода и выбора места лечения пациентов с ВП.

Алгоритм оценки риска неблагоприятного исхода и выбора места лечения при ВП по шкале CRB-65

Симптомы и признаки:

- Нарушение сознания (С)
- ЧДД ≥ 30 /мин (R)
- Систolicеское АД < 90 или диastolicеское АД ≤ 60 мм рт. ст. (B)
- Возраст ≥ 65 лет (65)

0 баллов

1-2 балла

3-4 балла

I группа
(летальность 1,2%)

II группа
(летальность 8,15%)

III группа
(летальность 31%)

Амбулаторное
лечение

Наблюдение и
оценка в стационаре

Неотложная
госпитализация

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ (АБТ) при ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ (ВП)

- Всем пациентам с ВП назначение АБП системного действия (оптимально - **не позднее 8 ч с момента верификации диагноза**)
- Амбулаторным пациентам с ВП необходимо назначение **пероральных лекарственных форм (ЛФ) АБП системного действия с высокой биодоступностью**
- **Стартовую АБТ ВП рекомендуется назначать эмпирически** с учетом факторов, определяющих спектр потенциальных возбудителей и профиль АБР
- Продолжительность АБТ в большинстве случаев **не превышает 5-7 дней.**

Критерии достаточности АБТ (должны присутствовать все нижеперечисленные)

- стойкое снижение температуры тела $<37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 ч;
- отсутствие интоксикационного синдрома;
- частота дыхания $<20/\text{мин}$ (у пациентов без хронической ДН);
- отсутствие гнойной мокроты (за исключением пациентов с ее постоянной продукцией);
- количество лейкоцитов в крови $<10 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилов $<80\%$, юных форм $<6\%$.

- **через 48-72 ч после начала лечения** ВП рекомендуется оценка эффективности и безопасности стартового режима АБТ **критериями эффективности АБТ в эти сроки являются** снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного синдрома и основных клинических симптомов и признаков ВП.
- **Если у пациента сохраняется лихорадка и интоксикационный синдром, либо прогрессируют симптомы и признаки ВП или развиваются осложнения, АБТ следует расценивать как неэффективную.** В этом случае, а также **появлении НЛР**, требующих отмены АБП системного действия, необходимо пересмотреть тактику лечения и повторно оценить целесообразность госпитализации пациента.
- Продолжительность АБТ ВП определяется индивидуально.

Неантибактериальные ЛС

- Пациенты с ВП могут получать **парацетамол****, **ибупрофен**** (при лихорадке $> 38,5$ С) или анальгетиков (при наличии выраженного болевого синдрома, обусловленного плевритом), а также ЛС, улучшающие реологию бронхиального секрета (например, **амброксол****, **ацетилцистеин****).
- Всем пациентам с ВП рекомендуется временное ограничение чрезмерной физической нагрузки, потребление жидкости в достаточном объеме, курящим - прекращение курения

Выбор антибактериальной терапии ВП у амбулаторных пациентов / Choice of antibiotic therapy for CAP in outpatients

Нозологическая форма	Наиболее частые возбудители	Препараты выбора	Альтернатива
Нетяжелая ВП у пациентов без сопутствующих заболеваний*, не принимавших за последние 3 мес АБП ≥ 2 дней и не имеющих других факторов риска**	<i>S. pneumoniae</i> <i>M. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> Респираторные вирусы	Амоксициллин	Макролид***
Нетяжелая ВП у пациентов с сопутствующими заболеваниями* и/или принимавших за последние 3 мес АБП ≥ 2 дней и/или имеющих другие факторы риска**	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>S. aureus</i> <i>Enterobacterales</i> Респираторные вирусы	Амоксициллин/ клавулановая кислота и др. ИЗП	РХ (левофлоксацин, моксифлоксацин) или ЦС III****

Примечание. ИЗП – ингибиторозащищенный аминопенициллин (амоксициллин/клавулановая кислота, амоксициллин/сульбактам), РХ – респираторный хинолон, ЦС – цефалоспорин.

* ХОБЛ, СД, ХСН, ХБП, цирроз печени, алкоголизм, наркомания, истощение.

** К факторам риска инфицирования редкими и/или полирезистентными возбудителями относят пребывание в доме престарелых или других учреждениях длительного ухода, наличие госпитализаций по любому поводу в течение ≥ 2 суток в предшествующие 90 дней, в/в терапия, наличие сеансов диализа или лечение ран в домашних условиях в предшествующие 30 дней.

*** В районах с высоким (> 25%) уровнем устойчивости *S. pneumoniae* к макролидам (определяется по эритромицину) следует рассмотреть возможность применения РХ. При известной или предполагаемой микоплазменной этиологии в районах с высоким (> 25%) уровнем устойчивости *M. pneumoniae* к макролидам следует рассмотреть возможность применения РХ или доксициклина.

**** Цефдиторен.

- Пациентам с ВП без дополнительных факторов риска препараты выбора: **амоксициллин****, **альтернативы - макролиды (азитромицин**, кларитромицин**)**
- Пациентам с ВП с факторами риска инфицирования редкими и/или ПРВ рекомендуются в качестве препаратов выбора: **амоксициллин+клавулановая кислота****, **ампициллин+ сульбактам****, **альтернативы - респираторные фторхинолоны (РХ)**

Рекомендованный режим АБТ:

1. Амоксициллин+клавулановая кислота**

или ампициллин+сульбактам или**

цефотаксим или**

цефтриаксон или**

цефтаролина фосамил**

+ азитромицин или кларитромицин****

Альтернативный режим.

- Амоксициллин+клавулановая кислота**
или ампициллин+сульбактам** или
- цефотаксим** или
- цефтриаксон** или
- цефтаролина фосамил**

+ моксифлоксацин** или
левофлоксацин**

Когда пациент возвращается к терапевту на амбулаторное лечение из стационара?

Показания к выписке пациента из стационара

- достижение критериев клинической стабильности, определяющих возможность **перевода на пероральный прием АБП системного действия**;
- **отсутствие осложнений ВП**, которые требуют лечения в стационарных условиях (например, экссудативный плеврит с наличием показаний к торакацентезу);
- значительный **регресс лабораторных маркеров воспаления и органной дисфункции доклинически незначимых изменений** (для СРБ - снижение на $>50\%$ от исходного).

Симптомы и признаки, не являющиеся показанием для продолжения антибиотикотерапии (АБТ)

Симптом/признак	Пояснения
Стойкий субфебрилитет в пределах 37,0-37,5°C	При отсутствии других признаков бактериальной инфекции может быть проявлением неинфекционного воспаления, постинфекционной астении, а также лекарственной лихорадки
Кашель	Может наблюдаться в течение 1-2 месяцев после перенесенной ВП, особенно у курящих и пациентов с ХОБЛ
Хрипы при аускультации	Могут наблюдаться в течение 3-4 недель и более после перенесенной ВП и отражают естественное течение заболевания
Сохраняющаяся слабость, потливость	Проявления постинфекционной астении
Сохранение остаточных изменений на рентгенограмме (инфильтрация, усиление легочного рисунка)	Могут наблюдаться в течение 1-2 месяцев после перенесенной ВП



**Спасибо за
Внимание!**